

総社市不育治療助成金給付申請書

年 月 日

総社市長 様

次のとおり、不育治療の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。
 また、審査にあたり総社市が住民基本台帳・市民税課税台帳等により確認を行うこと
 ならびに、必要な場合には、医療機関へ照会することに同意します。

申請者 (口座名義人)	フリガナ		印	生年月日	年 月 日
	氏 名				
	住 所			電話番号	
配偶者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏 名				
	住 所			電話番号	
申請金額		円 (上限10万円：1,000円未満切捨)			
助成金振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協			本店 支店 出張所
	口座種別	普通 当座	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義人				

添付書類

- 1 不育治療実施証明書(様式第2号)
- 2 戸籍謄本(外国人にあつては、住民票の写し等、婚姻を証明する書類)
- 3 医療機関の発行する領収書
- 4 健康保険証の写し

受付印欄	総社市記入欄		
	決定年月日	年 月 日	給付・不給付
	給付金額	円	